|  |
| --- |
| **COMUNE DI PADULI***(Provincia di Benevento)* |



*All.1)*

*Regolamento (UE) n. 223/2014 Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti (FEAD) – Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e/o assistenza materiale di base (PO I FEAD) – Misura 1 “Povertà alimentare”*

**DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL BENEFICIO “BANCO ALIMENTARE 2025”**

Al Comune di Paduli

Settore Politiche Sociali

protocollo@pec.comune.paduli.bn.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

**(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono/cellulare n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare all’avviso pubblico “Banco alimentare 2025” per l’ammissione al beneficio del pacco alimentare.

*Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale (ex multis artt. 483,495 e 496) e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000*

**DICHIARA**

* di essere residente nel Comune di Paduli (BN);
* di possedere cittadinanza italiana o di possedere cittadinanza di uno Stato aderente all'Unione Europea o di uno Stato non aderente all'Unione Europea, ma con permesso di soggiorno o carta di soggiorno (ai sensi del D lgs.286/98, così come modificato dalla Legge30/07/2002 n. 189);
* di essere in possesso di un valore dell’indicatore di situazione economica equivalente, di seguito ISEE, in corso di validità non superiore a € 9.360,00;
* che nel proprio Stato di famiglia anagrafico risultano le persone riportate nella tabella sottostante:

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE****componenti** | **Suddivisione per genere del totale dei componenti** |
| **N\_\_\_\_** | Maschi | Femmine |
| n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ |
| **Suddivisione per fasce d’età del totale dei componenti** |
| <18 anni  | Da 18 a 29 anni  | Da 30 a 64 anni  | >65 anni  |
| n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ |
| **Suddivisione per tipologia di destinatari del totale dei componenti** |
| Destinatari con disabilità | Cittadini di Paesi terzi | Destinatari di origine straniera e minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | Destinatari finali senzatetto o di destinatari finali colpiti da esclusione abitativa |
| n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ | n \_\_\_\_ |

* di aver preso visione di tutti i termini e le condizioni indicate nell’Avviso Pubblico;
* di essere a conoscenza del fatto che l’Amministrazione Comunale si riserva di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e provvederà alla revoca del beneficio concesso in caso di mendacità, falsità in atto o uso di atti falsi;
* di informare tempestivamente l’ufficio competente nel caso si verifichi un qualsiasi cambiamento rispetto alla situazione dichiarata al momento della presentazione della domanda.

*Compilare la parte sottostante solo in caso di delega al ritiro del pacco alimentare*

Il sottoscritto delegail/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui si allegano codice fiscale e copia del documento di riconoscimento in corso di validità, al ritiro del pacco alimentare.

**Allega al presente documento:**

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
2. copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale della persona espressamente delegata dal richiedente al ritiro del pacco (se del caso);
3. attestazione ISEE in corso di validità;
4. dichiarazione sostitutiva delle condizioni socio-economiche e familiari del nucleo in caso di Isee pari ad euro 0,00.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Luogo e Data*** |  | ***Il Dichiarante*** |
|  |  |  |